

Важный методологический принцип изучения социального времени в работах Маркса видится в появлении представлений о реальном субъекте социального времени. И помогает этому анализ сущности классового конфликта. Антагонистические социальные классы, стремящиеся к сохранению или изменению существующих социально-экономических отношений, выступают носителями определенного исторического времени. Динамика социального времени представляется результатом активной деятельности представителей определенных социальных групп, реализующих свое стремление к изменению или сохранению существующих социальных отношений. Таким образом, К. Маркс выходит на понимание социального времени как атрибута определенных социальных отношений.

Эта идея сохраняет свою актуальность и является важным методологическим основанием анализа взаимосвязи динамики социального времени и социальных страхов. Благодаря этому становится ясно, что изменения в системе социальных взаимоотношений, в расстановке социальных сил и их поляризации могут служить источником страха, неуверенности, агрессии и других негативных социальных эмоций. Понятно, что у Маркса социальные страхи имеют классовую природу: богатые боятся бедных, бедные боятся богатых, работодатели работников и наоборот, одни боятся потерять тот социальный порядок, который обеспечивает им существование, другие до определенного момента боятся потерять то небольшое, что у них есть. Символично звучит знаменитое выражение: «Пролетариату нечего терять, кроме своих цепей», поскольку оно означает тот предел страха, за которым начинаются необратимые, кардинальные движения времени, приводящие к изменению социального порядка.

Список литературы

1. Маркс К., Энгельс Ф. Полн. собр. соч. Т. 46, ч. 2. М.: Изд-во полит. лит-ры, 1969.
2. Маркс К., Энгельс Ф. Полн. собр. соч. Т. 26, ч. 3. М.: Изд-во полит. лит-ры, 1969.

Н. Л. Антонова

МОШЕННИЧЕСТВО В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Мошенничество является одной из центральных проблем современной общественной жизни. Ее актуализация связана с переходом к новым рыночным отношениям. При этом наблюдается не только увеличение доли мошенничества в общей структуре преступных деяний, но и расширяется его спектр. Особое место в данном ряду занимают мошенничества в медицинском секторе, в том числе и в системе обязательного медицинского страхования (ОМС).

В классификационной структуре мошенничества в системе обязательного медицинского страхования следует выделить несколько его разновидностей. Первое основание можно выстроить по вектору субъект-объект мошеннических

действий. В данном случае речь идет о мошенничестве со стороны, во-первых, страховщика (страховой медицинской организации), во-вторых, застрахованного, в-третьих, исполнителя медицинских услуг (медперсонала, медицинских учреждений), в-четвертых, страхователя, в-пятых, третьих лиц. Второе основание классификации – степень организации мошенничества – предполагает выделение следующих видов: «любительское» мошенничество (субъект самостоятельно организует и реализует мошенничество, извлекая выгоду на основе обмана) и организованное мошенничество (субъект рассматривает мошенничество как разновидность бизнеса, привлекая иных участников в специально разработанную схему).

Остановимся на некоторых разновидностях мошенничества в системе обязательного медицинского страхования.

В ОМС страхователем для работающих граждан является работодатель. Модель мошенничества, относящаяся к организованному виду, результатом которой становится материальное обогащение, строится следующим образом. Работодатель либо лица, имеющие доступ к управлению кадрами, печатям организации страхуют в медицинской компании посторонних людей, не имеющих к ней никакого отношения. Результатом подобных действий является получение страховой компанией средств из Фонда обязательного медицинского страхования для оплаты медицинских услуг лиц, которые не работают в данной организационной структуре, и зачастую не имеют прописки в населенном пункте, в котором и было получено медицинское обслуживание.

Выход нового Закона РФ «Об обязательном медицинском страховании граждан», вступивший в силу 1 января 2011 г., стал фундаментом еще одного вида организованного мошенничества. Речь идет о взаимодействии мошенников (третьих лиц) с застрахованными в системе ОМС: преступники предлагают гражданам поменять старый полис ОМС на новый за определенную плату. Объектом подобных действий становятся пожилые и старые люди, в квартиры которых и проникают мошенники. Данная модель была использована в г. Екатеринбурге: «...находчивые злоумышленники начали ходить по квартирам екатеринбуржцев, преимущественно пенсионеров. Представляясь агентами страховой компании "Мегус-АМТ", они собирали деньги на бланки новых полисов обязательного медицинского страхования» [1].

Эту модель можно расширить, включив в нее предложение иных товаров и услуг, под «патронажем территориальных фондов ОМС». При этом, как отмечается на сайте территориального фонда ОМС Республики Татарстан, «...мошенники организуют собрания жильцов во дворах, подъездах, обосновывая свою деятельность проведением информационной работы с населением, например, распространением ложной информации о необходимости срочной замены имеющихся полисов обязательного медицинского страхования. Зачастую подобные мероприятия заканчиваются предложением приобрести медицинские аппараты по "льготной" цене, якобы по "акции" территориального фонда обязательного медицинского страхования и других организаций» [2].

Наиболее распространенными моделями мошенничества, субъектом которых выступает медицинский персонал либо лечебное учреждение, являются, во-первых, навязывание пациентам медицинских процедур, обследований, а также лекарственных препаратов; во-вторых, взимание платы за медицинские услуги с пациента, которые оплачиваются из фонда ОМС; в-третьих, неформальные сборы финансовых средств за медицинское обслуживание с пациента.

Назначение врачом медицинских процедур и обследований связано с вопросом информационной асимметрии, под которой принято понимать (в частности экономистами) такую ситуацию на рынке, когда информация доступна не всем участникам рыночных отношений. Описывая этот феномен, С. А. Шишкин отмечает: «Вследствие информационной асимметрии потребитель вынужден полагаться на знания и опыт врача, к которому он обратился, в определении необходимого ему лечения. Во взаимодействии с потребителем медицинских услуг врач играет двойственную роль: с одной стороны – посредника или агента потребителя, призванного выражать его интересы, формулировать его спрос на конкретные виды медицинских услуг, с другой – производителя этих самых услуг» [3, с. 45].

Такой сюжет свидетельствует о возможности проявления оппортунистического поведения со стороны врача, которому становится экономически выгодным предложить пациенту большой набор медицинских услуг. Оценка состояния здоровья пациента, данная врачом, обычно принимается пациентом «на веру», поскольку в условиях заболевания ценность здоровья для пациента резко возрастает, а рациональность и целесообразность в действиях снижаются. Пациенты стремятся не «ссориться» с лечащими врачами, боясь оказаться «один на один» со своей болезнью. Отсюда безграничная вера людям в белых халатах и готовность оплатить все рекомендованные медицинские услуги.

Информационная асимметрия и дефицит информации о видах и объеме медицинских услуг, предлагаемых в системе обязательного медицинского страхования, становятся, во-первых, причиной двойной оплаты одной и той же услуги со стороны самого застрахованного и со стороны страховой медицинской организации, в этом случае финансовый выигрыш получает медицинское учреждение; во-вторых, условием распространения неформальных платежей, повышающих, по мнению пациентов, качество и доступность медуслуг и улучшающих отношения с медперсоналом – здесь речь идет о получении материального вознаграждения непосредственно медицинским работником.

Действующая в настоящее время законодательная база может стать источником формирования еще ряда моделей мошенничества. Так, страховщики могут использовать различные инструменты влияния на страхователей для получения «доступа» к застрахованным, поскольку работодатель (страхователь) выбирает страховую медицинскую организацию (страховщика) для своих сотрудников. При этом интересы пациентов в такой борьбе остаются за пределами внимания. Подобное оппортунистическое поведение могут использовать и медицинские учреждения (например, продажа по заниженной стоимости услуг

в ущерб качеству), оказывая влияние на страховщиков, которые стоят перед выбором исполнителя медицинских услуг.

Следует отметить, что проблема мошенничества в системе медицинского страхования является актуальной не только для России, но и, в частности, для Соединенных Штатов Америки. Базовая модель, которую используют мошенники, связана с реализацией федеральных программ Medicare и Medicaid, ориентированных на оказание медицинских услуг лицам старше 65 лет и инвалидам. Для получения страховых выплат преступники регистрируют фиктивные компании, которые и заявляют о страховых случаях, при этом суммы могут достигать нескольких сотен миллионов долларов [4, 5]. «...мошенничество в рамках программы Medicare и Medicaid ежегодно обходится бюджету США в 60 млрд долл.» [6].

Решение вопроса о мошенничестве в российской системе обязательного медицинского страхования в настоящее время остается открытым. Страховые медицинские организации осуществляют контроль за расходованием средств в медицинских учреждениях, а также работают с жалобами застрахованных на действия медицинского персонала. По результатам наших интервью, проведенных в 2007–2008 гг., страховщики признают, что население не готово обращаться с заявлениями по фактам взимания денежных средств. Самых страховщиков контролирует Территориальный фонд ОМС, однако не все действия страховых медицинских организаций можно выявить. Таким образом, следует искать новые пути решения проблемы, активно привлекая не только организации и учреждения, чья деятельность непосредственно осуществляется в правовом поле, но и самих пациентов, застрахованных в системе ОМС, которые чаще всего становятся жертвами мошенничества.

Список литературы

1. Мошенники в роли страховых агентов. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.insurance-russia.com/244.html>.
2. Внимание: мошенники! [Электронный ресурс]. URL: http://fomsrt.ru/news/important/index.php?ELEMENT_ID=1807.
3. Шишкин С. В. Экономика социальной сферы. М., 2003. 367 с.
4. В США в мошенничестве с медстраховками обвинили 91 человека. [Электронный ресурс]. URL: <http://lenta.ru/news/2011/09/08/fraud/>.
5. Медицинская афера на 100 миллионов долларов [Электронный ресурс]. URL: <http://www.rg.ru/2012/10/29/afera-site.html>.
6. Мертвые души по-американски [Электронный ресурс]. URL: <http://www.rbcdaily.ru/2012/03/01/world/562949983092287>.